Ein Fall von angeborener Kontraktur beider Hüftgelenke.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

C. Meske
aus Danzig-Langfuhr.

Tag der Promotion: 18. Oktober 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian.

Referenten: Professor Dr. Köhler.
Geh. Med.-Rat Professor Dr. Hildebrand.

Auszug.

Der behandelte Fall, doppelseitige angeborene Hüftgelenkskontraktur, ist ein sehr seltener, da in der Literatur nur ein eigentlicher Parallelfall zu finden ist.

Geburtsgeschichte: 1. Schwangerschaft eines 22jährigen gesunden Mädchens aus gesunder Familie. Am normalen Ende der Schwangerschaft setzen Wehen ein. Die Geburt erfolgt in Steisslage und wird mit Kopflösung nach Veit-Smellie beendet. Die vor und nach der Geburt abgehende Fruchtwassermenge ist normal. Normale Nachgeburtsperiode, normales Wochenbett.

Krankengeschichte des Kindes: Das Kind, ein Mädchen von 3350 g, zeigt eine Beschränkung der Streckfähigkeit der Oberschenkel im Hüftgelenk auf etwa 90°, bei stärkerer Streckung lordotische Krümmung der Wirbelsäule. Adduktion, Abduktion und Rotation der Oberschenkel etwas eingeschränkt. Im übrigen sind untere und obere Extremitäten normal. Am Kopfe hinter dem rechten Ohr eine hühnereigrosse Vertiefung, ausgekleidet mit verdünnter, wenig verschieblicher Haut ohne Fettpolster. In die Vertiefung passt die angezogene rechte Schulter hinein. Röntgenbild zeigt Asymmetrie der Schädelbasis im Sinne schwächerer Entwicklung der rechten Seite.

Behandlung der Kontrakturen durch passive Bewegungen 2 mal täglich. Kein fixierender Verband. Es erfolgt schnelle Besserung, so dass das Kind mit

9 Monaten mit normalen Bewegungen seine ersten Gehversuche macht.

Der einzige ganz analoge Fall ist veröffentlicht von Trantzscher, in allen anderen Fällen bestehen ausser Hüftgelenkskontrakturen noch Kontrakturen anderer Gelenke. (Klumpfussbildung).

Im Falle Trantzscher wird eine gesunde Erstgebärende aus gesunder Familie am normalen Schwangerschaftsende durch Extraktion am Steiss, Arm- und Kopflösung von einem frischtoten Kinde entbunden. Fruchtwassermenge verringert. Das Kind zeigt als einzige Anomalie Beugekontrakturen beider Hüftgelenke. Die Sektion ergiebt Verkürzung der vorderen Hälfte der Gelenkkapsel des Lig. il. fem. und der Muskulatur. Knochen nicht verändert.

In unserem Falle bei lebendem Kinde sind differentialdiagnostisch auszuschliessen Coxitis congenita und Luxatio coxae congenita, erstere durch die Anamnese (Gesundheit der Mutter und ihrer Familie), durch Schmerzfreiheit der „veränderten Gelenke und durch den Erfolg der Bewegungstherapie,“ die Luxation durch den Stand der Trochanteren in der Roser-Nelatonschen Linie, durch die normalen Konturen der Hüftgegend und durch die Festigkeit der Gelenke in sich, sowie durch das Röntgenbild.

Pathologisch-anatomisch sind in unserem Falle nicht die schweren Veränderungen wie im Falle Keller mit Verwachsung der Kapsel mit der Unterlage und bindegewebigen Wucherungen auf dem Gelenkknorpel, sondern nur die leichteren Veränderungen wie im Falle Trantzscher anzunehmen, nämlich Schrumpfung der Kapsel, Verkürzung der Bänder, besonders Lig. il. fem. und der Muskeln ohne Veränderungen des Gelenkinnern. Die Vertiefung am Schädel bedeutet eine Druckatrophie oder Hemmungsbildung durch Druck.

Für die Aetiologie kommen folgende Theorien in Frage:

1. Erblichkeit (ist im vorliegenden Falle und fast allen veröffentlichten Fällen auszuschliessen).
2. Primäre Knochenmissbildungen und -defekte. (In den meisten Fällen nicht vorhanden).
3. Primäre Störungen des Nervensystems (sind in keinem der veröffentlichten Fälle erwiesen, in unserem Falle auszuschliesen).
4. Amniontheorie (hier auszuschliessen, da keine Spuren von Adhaesionen und Umschnürungen).
5. Foetale Rachitis und Gelenkrheumatismus (von ersterer keine Spuren vorhanden, Anzeichen für letztere in der Anamnese [fieberhafte Erkrankung der Mutter] fehlen).
6. Foetale Krampfzustände (führen wahrscheinlich nicht zu Kontrakturen, ohne sonstige Symptome beim Kinde zu hinterlassen).
7. Intrauteriner Druck. (Fast von allen Autoren anerkannt).
   a) Durch Uterusmissbildungen (Uter. bicornis).
   b) Durch Fruchtwassermangel vor der Geburt.
   c) Durch Fruchtwassermangel in früher Fötalperiode.

Die Möglichkeit für letzteres wird bewiesen durch Fall Keller, wo Druckatrophien neben Kontrakturen bei Hydramnios vorhanden waren und Beschreibung eines Eis im 3. Monat durch Kocher, der Fruchtwassermangel und Gelenkkontrakturen fand.

Die Aetiologie in unserem Falle ist wahrscheinlich auch Fruchtwassermangel in früher Fötalperiode, der die Kontrakturen und Druckatrophien erzeugte und so lange anhielt, bis eine Selbstwendung der Frucht auf den Kopf nicht mehr möglich war.

Die Therapie war eine mechanische, weil die Gewebe des Neugeborenen elastisch, die Veränderungen nicht zu schwer waren. Bei älteren Patienten und schweren Veränderungen empfiehlt sich Operation je nach Art des Gelenks und seiner Veränderungen. Anführung der Ansicht verschiedener Autoren.

Die Hüftgelenkskontraktur kann Komplikationen der Geburt ergeben, wie im Falle Keller, wo an den kontrahierten Gelenken Zerreissungen entstanden. Am günstigsten ist die Steisslage.